

УДК [616.89:159.922.4]

**КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ПОДХОДОВ У ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ
СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

М.Р. Сулайманова

В процессе когнитивно-поведенческой психокоррекции лиц с посттравматическим стрессовым расстройством выделен клиничко-психологический механизм «диссоциации», являющийся одним из механизмов культуральной адаптации, что требует дальнейшего целенаправленного изучения и разработки эффективных методов психотерапевтического вмешательства с учетом культуральных факторов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; тревога; депрессия; одиночество; агрессивность; когнитивно-поведенческая терапия.

**CULTURAL PREDICTORS, WHICH DETERMINE FEATURES
OF PSYCHOCORRECTIONAL INTERVENTION AMONG PERSONS
WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER**

M.R. Sulaimanova

In the course of cognitive behavioral psychocorrection of persons with posttraumatic stress disorder (PTSD) the clinico-psychological mechanism of «dissociation» was selected. It is one of cultural adaptation mechanisms, which require further focused study and the development of effective methods of psychotherapeutic intervention, considering the cultural factors.

Keywords: posttraumatic stress disorder; anxiety; depression; loneliness; aggression; cognitive-behavioral therapy.

В мировой практике для лечения и реабилитации лиц с расстройствами, возникшими в результате дистресса, наиболее эффективными являются психокоррекционные методы когнитивно-бихевиорального направления [1–5], включая десенсибилизацию и проработку травм движением глаз (EMDR) [6], диалектическую поведенческую терапию (DBT) [7] и другие, которые отражают взаимосвязь мышления и эмоций, помогают пациентам не игнорировать, а принять и интегрировать травму как свершившийся факт, в полной мере пережить эмоциональную гамму чувств, связанных с травмой, проанализировать и побороть неадекватные убеждения, исследовать, как прежний опыт и убеждения влияют на последующие реакции и их изменения вследствие полученной травмы [8–10]. Однако разработанные и широко применяемые в США и странах Западной Европы традиционные схемы когнитивно-поведенческой коррекции неоднозначны и не всегда эффективны, примени-

тельно к этнокультуральным особенностям населения Кыргызстана [4, 9–11]. Этому способствуют следующие факторы:

1) выраженное стигматизированное отношение к психическим проявлениям болезни затрудняет процесс своевременного обращения к специалистам в области психического здоровья [4, 9, 11];

2) доминирующие соматизация аффекта у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством ПТСР [12–17] и соматоцентрированная модель болезни у врачей-интернистов [9, 15, 17–19] создают предпосылки для многочисленных назначений медицинских обследований и препаратов, и, следовательно, кумуляции данных пациентов в общей соматической сети [16, 17];

3) при неэффективности традиционной терапии или появлении выраженных психических нарушений, противоречащих социальным нормативам поведения, пациенты предпочитают посещение народных целителей и «молдо» (в переводе

Таблица 1 – Идентификация уровня тяжести ПТСР у респондентов перед проведением КПТ

Уровень тяжести ПТСР по Миссисипской шкале (n = 72)	M ± m, при P < 0,01	
	1-я группа (n = 36)	2-я группа (n = 36)
Уровень тяжести ПТСР	112 ± 3,16	113 ± 2,28

Таблица 2 – Идентификация уровня аффекта у респондентов перед проведением КПТ

Уровень аффекта у респондентов с ПТСР (n = 72)	M ± m, при P < 0,05	
	1-я группа (n = 36)	2-я группа (n = 36)
Личностная тревожность	48,8 ± 3,12	52,4 ± 2,28
Тревога по Гамильтону	25,8 ± 1,03	27,1 ± 1,25
Депрессия по Цунгу	57,5 ± 3,14	61,1 ± 2,01
Депрессия по Гамильтону	15,1 ± 2,35	18,2 ± 2,93

с кыргызского и других тюркских языков: “священнослужители”) [18, 19];

4) дефицит квалифицированных специалистов и условий для проведения современных видов исследований и терапии. В связи с этим разработка методов психотерапевтической коррекции, с учетом этнокультуральных особенностей, вызывающих доверие и безусловное снижение остроты переживаний психотравмирующих событий у пострадавших, становится актуальным условием успешной деятельности психиатров, психотерапевтов и психологов в условиях КР.

Цель исследования – изучение предикторов этнокультуральной адаптации у лиц мужского пола с ПТСР.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 72 мужчины с верифицированным диагнозом, соответствующим ИДК МКБ-10: F43.1 “ПТСР” [20], представителей доминирующих этнических групп, проживающих в городах Ош и Джалал-Абад и одноименных областях, в возрасте от 18 до 52 лет, на базе Ошской и Джалал-Абадской областных больниц, Республиканского Центра психического здоровья, Лечебно-оздоровительного объединения и Центра реабилитации лиц с ограниченными возможностями при Государственном агентстве социального обеспечения при Правительстве КР.

На начальном этапе работы респонденты с их информированного согласия распределены в две исследовательские группы: 1-я и 2-я – по 36 представителей гомогенного этноса (что составило по 50 % от общего количества респондентов). Пациенты с ургентными состояниями, инфекционными и онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга из исследования исключались.

В процессе работы выделены 3 психотерапевтические (ПТ) группы, которые были выбраны пациентами самостоятельно. Таким образом,

1-я и 2-я ПТ-группы являлись гомогенными на основе их этнической принадлежности и включали по 24 респондента в каждой, 3-я ПТ-группа включала 24 респондента гетерогенного состава (каждая ПТ-группа разделена на 2 подгруппы по 12 человек для более эффективного психокоррекционного вмешательства). Пациентам проведена психокоррекция в технике когнитивно-процессуальной терапии (КПТ), адаптированной нами для этнокультуральных особенностей населения исследуемого региона.

Методы исследования: полуструктурированное интервью; Миссисипская шкала уровня выраженности ПТСР, стандартизированные шкалы депрессии Цунга, тревожности Спилбергера – Ханина, тревоги и депрессии Гамильтона, агрессивности Басса – Дарки, одиночества UCLA. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. При идентификации уровня тяжести ПТСР у респондентов перед проведением КПТ выявлены высокие показатели ПТСР: в 1-й исследовательской группе на уровне $112 \pm 3,16$, во 2-й – на уровне $114 \pm 2,28$ ($P < 0,01$) (таблица 1).

Идентификация уровня аффекта в начале исследования определила высокий уровень личностной тревожности у представителей того и другого этноса в 1-й группе – $48,8 \pm 3,12$ ($P < 0,05$), во 2-й группе – $52,4 \pm 2,28$ ($P < 0,05$); экспертная оценка уровня тревоги, измеренная шкалой Гамильтона, подтвердила высокий уровень тревоги – в 1-й группе $25,8 \pm 1,03$ ($P < 0,05$), во 2-й группе – $27,1 \pm 1,25$ ($P < 0,05$). Средние значения субъективно оцениваемой депрессии по шкале Цунга соответствовали уровню легкой степени выраженности в 1-й группе – $57,5 \pm 3,14$ ($P < 0,05$) и субдепрессивному – во 2-й группе – $61,1 \pm 2,01$

Таблица 3 – Идентификация уровня агрессивности у респондентов перед проведением КПТ

Показатели уровня агрессивности по шкале Басса – Дарки (n = 72)	M ± m (P < 0,05)	
	1-я группа (n = 36)	2-я группа (n = 36)
Уровень враждебности	37,9 ± 4,11	38,8 ± 3,31
Уровень агрессивности	52,4 ± 4,45	51,7 ± 3,28

Таблица 4 – Идентификация уровня одиночества у респондентов перед проведением КПТ

Показатели уровня одиночества по шкале UCLA (n = 72)	M ± m, при P < 0,05	
	1-я группа (n = 36)	2-я группа (n = 36)
Уровень одиночества	38,9 ± 3,04	46,2 ± 3,71

Таблица 5 – Идентификация уровня аффекта у респондентов в процессе КПТ

Уровень аффекта в результате КПТ	M±m, при P<0,05		
	1-я ПТ-группа (n = 24)	2-я ПТ-группа (n = 24)	3-я ПТ-группа (n = 24)
Личностная тревожность	44,4 ± 1,66	49,4 ± 2,56	41,1 ± 0,77
Тревога по Гамильтону	20,8 ± 1,32	25,8 ± 0,48	18,7 ± 0,22
Депрессия по Цунгу	54,2 ± 3,28	59,8 ± 2,24	52,2 ± 1,06
Депрессия по Гамильтону	12,2 ± 1,04	16,9 ± 0,11	10,7 ± 1,18

Таблица 6 – Идентификация уровня агрессивности и уровня одиночества у респондентов в процессе КПТ

Уровень враждебности, агрессивности и уровень одиночества	M ± m, при P < 0,05		
	1-я ПТ-группа (n = 24)	2-я ПТ-группа (n = 24)	3-я ПТ-группа (n = 24)
Уровень враждебности	34,4 ± 2,12	35,8 ± 2,16	32,1 ± 0,87
Уровень агрессивности	48,2 ± 2,09	47,3 ± 1,34	46,5 ± 1,92
Уровень одиночества	36,4 ± 1,06	42,4 ± 2,48	35,5 ± 1,75

(P < 0,05). По шкале Гамильтона отмечено наличие депрессии легкой степени тяжести у представителей 1-й группы – 15,1 ± 2,35 (P < 0,05) и средней – у 2-й – 18,2 ± 2,93 (P < 0,05) (таблица 2).

При идентификации уровня агрессивности показатели враждебности у представителей 1-й группы соответствовали 37,9 ± 4,11 (P < 0,05), во 2-й группе доминировали и соответствовали повышенному уровню – 38,8 ± 3,31 (P < 0,05); уровень агрессивности также соответствовал повышенному, при этом у представителей 1-й группы – 52,4 ± 4,45 (P < 0,05) – преобладал над показателями представителей 2-й группы – 51,7 ± 3,28 (P < 0,05) (таблица 3).

Уровень одиночества у респондентов 1-й группы соответствовал уровню между средним и высоким – 38,9 ± 3,04, у респондентов 2-й – высокому – 46,2 ± 3,71 (P < 0,05) (таблица 4).

В результате проведенной КПТ, при идентификации показателей аффекта, агрессивности и одиночества в трех ПТ группах, получены следующие результаты. Уровень личностной тревожности с высоких показателей в 1-й ПТ-группе респондентов относительно снизился до уровня умеренного (44,4 ± 1,66), во 2-й – снизился до 49,4 ±

2,56, оставаясь на высоком уровне, в 3-й – до минимальных показателей умеренной степени (41,1 ± 0,77) (I-II, II-III, I-III: P < 0,05); по Гамильтону: в 1-й ПТ-группе респондентов снизился до уровня средней степени (20,8 ± 1,32), во 2-й – относительно снизился, оставаясь на высоком уровне (25,8 ± 0,48), в 3-й – до среднего уровня (18,7 ± 0,22) (1-2, 2-3, 1-3: P < 0,05) (таблица 5). Уровень депрессии по Цунгу у респондентов 1-й ПТ-группы снизился до уровня легкой депрессии (54,2 ± 3,28), во 2-й – до степени между легкой и умеренной степенью (59,8 ± 2,24), в 3-й подгруппе – до минимальных показателей легкой степени (52,2 ± 1,06) (1-2, 2-3, 1-3: P < 0,05); по Гамильтону: в 1-й ПТ-группе снизился до уровня легкой степени депрессии (12,2 ± 1,04), во 2-й – до степени средней степени (16,9 ± 0,11), в 3-й – до минимальных показателей легкой степени (10,7 ± 1,18) (1-2, 2-3, 1-3: P < 0,05) (см. таблицу 5).

В результате КПТ уровень враждебности и агрессивности с повышенного снизился до среднего: в 1-й ПТ-группе до 34,4 ± 2,12 и до 48,2 ± 2,09, соответственно, во 2-й – до 35,8 ± 2,16 и до 47,3 ± 1,34, в 3-й – до 32,1 ± 0,87 и до 46,5 ± 1,92 (1-2; 2-3; 1-3: P < 0,05), где респонденты

продемонстрировали наиболее низкие показатели (таблица 6). Уровень одиночества снизился в 1-й ПТ группе до $36,4 \pm 1,06$, во 2-й – до $42,4 \pm 2,48$, оставаясь на минимальных показателях повышенного уровня, в 3-й – до среднего уровня: $35,5 \pm 1,75$ (1–2; 2–3; 1–3: $P < 0,05$), где определялись наиболее низкие показатели (см. таблицу 6).

Таким образом, в процессе групповой психотерапии с целенаправленным использованием КПТ выявленный уровень агрессивности (у респондентов 1-й группы – $52,4 \pm 4,45$, у респондентов 2-й группы – $51,7 \pm 3,28$; $P < 0,05$), уровень одиночества (у респондентов 1-й группы: $38,9 \pm 4,45$, у 2-й группы: $46,2 \pm 3,71$; $P < 0,05$) являются предикторами, способствующими развитию и утяжелению ПТСР.

Клинико-психологические механизмы – одиночество и агрессивность – являются взаимообуславливающими факторами высокого уровня тревоги (у респондентов 1-й группы: $25,8 \pm 1,03$, у 2-й группы: $27,1 \pm 1,25$; $P < 0,05$) и депрессии (у респондентов 1-й группы – $15,1 \pm 2,35$, у 2-й – $18,2 \pm 2,39$; $P < 0,05$).

В процессе проведения КПТ клинико-психологические факторы подверглись трансформации, на что указывают следующие показатели: в 1-й ПТ группе уровень тревоги снизился до $20,8 \pm 1,32$, уровень депрессии снизился до $12,2 \pm 1,04$ ($P < 0,05$); во 2-й ПТ-группе уровень тревоги снизился до $25,8 \pm 0,48$, уровень депрессии – до $16,9 \pm 0,11$ ($P < 0,05$), в 3-й ПТ-группе уровень тревоги снизился до $18,7 \pm 0,22$, уровень депрессии – до $10,7 \pm 1,18$ ($P < 0,05$).

Выделенные психические расстройства в каждой из групп (тревожно-фобические у представителей 1-й группы и тревожно-депрессивные – у представителей 2-й группы) являются своеобразным активизирующим механизмом процессов адаптации в микросоциуме (психотерапевтическая группа).

Доминирующие тревожно-фобические расстройства в 1-й гомогенной ПТ-группе и их сцепленность с клинико-психологическими показателями агрессивности ($48,2 \pm 2,09$; $P < 0,05$) и одиночества ($36,4 \pm 1,06$; $P < 0,05$) обуславливают развитие и устойчивость клинико-психопатологических проявлений в виде дистимических нарушений, что является показанием для присоединения биологической терапии.

Доминирующие тревожно-депрессивные расстройства во 2-й гомогенной ПТ-группе и сцепленность этих расстройств с клинико-психологическими показателями агрессивности ($47,3 \pm 1,34$; $P < 0,05$) и одиночества ($42,4 \pm 2,48$; $P < 0,05$) обуславливают развитие и устойчивость клинико-

психопатологических проявлений в виде дистимических нарушений, что требует присоединения биологической терапии.

3-я гетерогенная ПТ-группа в результате проведения КПТ продемонстрировала активизацию клинико-психологической адаптации по типу доминирования МПА – “диссоциация”, которая в последующем приобрела наиболее адаптивный тип функционирования. Следовательно, ПТСР по диссоциативному типу в гетерогенной группе является одним из механизмов этнокультуральной адаптации и требует дальнейшего целенаправленного изучения.

Литература

1. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. Сер. “Золотой фонд психотерапии” / Р. Нельсон-Джоунс. СПб.: Питер, 2001. 464 с.
2. Солсо Р. Когнитивная психология. Сер. “Мастера психологии” / Р. Солсо. 6-е изд. СПб.: Питер, 2011. 589 с.
3. Cognitive therapy and the emotional disorders / Aaron T. Beck. New York: International Universities Press, 1976. 356 p.
4. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КPCY, 2011. 318 с.
5. Тен В.И. Введение в стрессологию: учебное пособие / В.И. Тен, Н.П. Фетисова, М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КPCY, 2016. 129 с.
6. Shapiro F. (2001). EMDR: Eye Movement Desensitization of Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 472. ISBN 1-57230-672-6. OCLC 46678584.
7. Telemental Health Approaches for Trauma Survivors / Eric Kuhn, Julia E. Hoffman, Josef I. Ruzek // Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. 2015. P. 461–476.
8. Review of The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic, by Ruth A. Lanius, Eric Vermetten, & Clare Pain (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2010. xvii+315 pp. ISBN 978-0-52188-026-8. Hardback.
9. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КPCY, 2011. 134 с.
10. Сагымбаев М.А. Актуальные вопросы оказания психологической помощи пациентам с травматическими поражениями, полученными в условиях чрезвычайных ситуаций / М.А. Сагымбаев, М.Р. Сулайманова // Центрально-Азиатский журнал. 2014. № 12. С. 32–35.
11. Нелюбова Т.А. Постстрессовые расстройства. / Т.А. Нелюбова, М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов // Вестник КPCY. 2012. Т. 12. № 9. С. 119–122.

12. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы / Е.С. Молчанова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 1 (24). С. 2 [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>.
13. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
14. Ким А.С. Психовегетативные синдромы как системообразующий фактор в структурной модели коморбидных соотношений / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова // Сб. материалов науч.-практ. конф. "Научное наследие профессора Б.А. Лебедева" / под ред. Н.Г. Незанова, Н.Н. Петровой. СПб., 2015. С. 103–105.
15. Вичкапов А.В. Адаптационный образ болезни при коморбидности тревожных расстройств и артериальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Вичкапов. Бишкек, 2006. 23 с.
16. Sulaimanova M.R., Kim A.S., Sulaimanov R.B. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) // J. European Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 1170.
17. Сулайманова М.Р. Психические расстройства амбулаторного уровня в общесоматической сети Кыргызстана / М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2016. Т. 16. № 3. С. 81–85.
18. Адылов Д.У. Особенности стилей взаимодействия целителей с пациентами / Д.У. Адылов // Медицина. 2003. № 4. С. 60–62.
19. Сулайманова М.Р. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2014. 128 с.
20. МКБ-10 (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб., 1994. 360 с.